Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Zur Symptomatologie der Paranoia auf alkoholischer Basis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Schneider

aus Wittenberg.

Kiel 1919.

Druck von C. H. Jebens.

Nr. 19. Rektoratsjahr 1919/20.

Referent:
Geheimrat Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:
Geheimrat Prof. Dr. **Heine,** z. Zt. Dekan

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit!

In letzter Zeit ist das Interesse für die alkoholischen Geistesstörungen in hohem Grade gewachsen. Besonders ist es *Bonhoeffer* gewesen, der in seinem Werk über die „akuten Krankheiten der Gewohnheitstrinker" die Alkoholpsychosen bearbeitet hat. *Bonhoeffer* jedoch beschreibt, wie auch die meisten anderen Autoren, die sich mit alkoholischen Geistesstörungen beschäftigt haben, hauptsächlich die akuten Krankheiten. Infolgedessen ist das klinische Bild der akuten Alkoholpsychosen hinreichend bekannt, während die chronischen Geistesstörungen auf alkoholischer Basis weniger beachtet sind. Häufig werden die chronischen alkoholischen Psychosen in den Lehrbüchern unter dem Sammelbegriff des chronischen Alkoholismus zusammengefaßt. Dies mag seinen Grund darin haben, daß sie einerseits relativ selten sind, andererseits die Abschätzung des Alkoholmißbrauchs zuweilen recht schwierig ist.

Mit der Häufigkeit chronischer alkoholischer Psychosen beschäftigt sich *Meyer*. Er führt aus der Kieler Psychiatrischen Klinik aus der Zeit von Mitte Oktober 1901 bis 1. Juli 1903 182 Fälle an. Davon waren:

99 chronischer Alkoholismus,
55 Delirium tremens,
11 akute Alkohol-Paranoia,
7 chronische Alkohol-Paranoia,
2 *Kasschow'sche* Psychose,
5 pathologischer Rausch.

Über die chronische Alkoholparanoia finden sich in der Literatur hauptsächlich folgende Angaben:

Salgo (Compendium der Psychiatrie, Wien, 1889) erwähnt eine chronische alkoholische Verrücktheit. Hauptsymptome dieser Psychose sind Halluzinationen und fixierte Wahnvorstellungen; Größenwahn fehlt. *Salgo* ist der An-

sicht, daß es nicht die Regel sei, daß diese chronische Erkrankung von einer akuten eingeleitet werde. Die chronische alkoholische Verrücktheit entwickelt sich primär auf dem Boden des dauernden Alkoholmißbrauchs, das Prodromalstadium zieht sich sehr lange hin. Der Kranke wird reizbar, fällt seiner Umgebung zur Last, geht seiner gewohnten Beschäftigung nicht mehr nach, wird mißtrauisch, ängstlich. Schließlich kommt es zur Äußerung von fixierten Wahnvorstellungen und Hallucinationen.

Jolly (Zeitschrift für Psychiatrie 51) stellte fest, daß eine chronische Alkoholparanoia sich an eine akute Alkoholparanoia anschließen kann.

Wernike (Grundriß der Psychiatrie, Leipzig) hält die Entwickelung einer chronischen alkoholischen Psychose aus einem Delirium tremens für erwiesen.

Kraepelin (Psychiatrie, Leipzig, 04) erwähnt alkoholische Geistesstörungen, die unter der Bezeichnung halluzinatorischer Schwachsinn der Trinker zusammengefaßt werden und öfters den Ausgang eines Trinkerwahnsinns, mindestens ebenso oft aber auch denjenigen eines Delirium tremens bilden. In den meisten Fällen gehen deutlich ausgeprägte Delirien voraus. Die Entwickelung der Krankheit ist rasch, entweder genau in der Form des alkoholischen Wahnsinns oder unmittelbar nach dem Ablauf eines Deliriums. Die Kranken werden wieder orientiert über Ort und Zeit, bleiben aber ängstiich und mißtrauisch. Eine Weiterentwickelung der Wahnideen findet meist nicht statt. Die Kranken sind natürlich und beschäftigen sich, insofern es ihr Verfolgungswahn zuläßt. Bei strenger Abstinenz können die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen allmählich zurücktreten, zweifelhaft bleibt es, ob sie ganz zurückgehen können.

Auch in *Ziehens* Leitfaden der Psychiatrie findet sich der Begriff der chronischen alkoholischen halluzinatorischen Paranoia. *Ziehen* unterscheidet zwischen Fällen, die nur unter dem Einfluß äußerer Schädlichkeiten halluzinieren und anderen, die es fortgesetzt tun.

Luther unterscheidet unter den chronischen alkoholischen Psychosen vier verschiedene Formen:

1. chronischen alkoholischen Größenwahn,
2. halluzinatorischen Wahnsinn,
3. alkoholische Verwirrtheit,
4. chronische paranoische Zustände.

Letztere Formen entstehen seiner Ansicht nach stets im Anschluß an ein Delirium tremens.

Meyer (Archiv für Psychiatrie 38) teilt die Fälle chronischer Alkoholparanoia ein in solche, die aus einer akuten Alkoholparanoia hervorgegangen sind und andere, die allmählich zur Entwickelung kommen. Warum die meisten Fälle der akuten Krankheit abklingen, andere aber in den chronischen Zustand übergehen, will er nicht entscheiden. Hierüber gibt auch die übrige Literatur keinen Aufschluß. *Luther* hält in dieser Beziehung ein längeres Vorbereitungsstadium und das Auftreten von Größenideen für prognostisch ungünstig. *Kraepelin* glaubt, daß das Auftreten von Sinnestäuschungen auf anderen Gebieten als denen des Gehörs eine prognostisch ungünstige Vorbedeutung habe. Dieser Auffassung schließt sich *Meyer* im allgemeinen an.

Cramer (Lehrbuch der Psychiatrie, *Binswanger-Siemerling*) stellt fest, daß die chronische alkoholische Paranoia von den einzelnen Autoren deswegen so verschieden beurteilt ist, weil sehr differente Krankheitsbilder unter diesem Sammelbegriffe beschrieben worden sind. Er hebt Fälle von alkoholiscem Eifersuchtswahn hervor, welche nicht zur Genesung kommen, nach und nach erscheinen sie wohl geistig etwas reduziert, halten aber dauernd an dem Wahn der ehelichen Untreue fest. Ferner gibt es Fälle von akuter Alkoholparanoia, bei denen zwar die Sinnestäuschungen allmählich zurücktreten und verschwinden, die Wahnideen aber bestehen bleiben. Bei der ausgeprägten Paranoia alkoholika chronika ist die halluzinatorische Form die vorherrschende. Diese Fälle können, wie die eigentliche Paranoia chronika zunächst ohne Intelligenzdefekt verlaufen. Die Krankheitsentwickelung kann sich über Jahrzehnte erstrecken.

Raeche (Archiv für Psychiatrie Bd. 39) kommt am Schluß seiner Ausführungen über chronische Alkoholparanoia zu folgendem Resultat:

1. es gibt eine chronische alkoholische Paranoia. Dier selbe entwickelt sich auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entweder primär oder im direkten Anschluß an ein delirium tremens, bezw. an einen akuten halluzinatorischen Wahnsinn.

2. Die chronische alkoholische Paranoia unterscheidet sich klinisch von der klastischen Verrücktheit lediglich durch einige unwesentliche Züge, die auf den zu Grunde liegenden Alkoholismus zurückzuführen sind.

3. Die chronische alkoholische Paranoia ist streng abzutrennen von den transitorischen paranoiden Erregungen, welche durch gehäufte Trinkexzesse gelegentlich ausgelöst werden und bei Alkoholentziehung bald wieder ablaufen, ferner von den terminalen Schwächezuständen im Sinne *Kraepelins,* welche nach Delirium tremens oder nach akutem halluzinatorischen Wahnsinn zurückbleiben und keiner Fortentwickelung fähig sind.

Im folgenden werde ich vier Fälle alkoholischer Paranoia schildern, die bei Trinkern in der psychiatrischen Klinik in Kiel beobachtet wurden.

Fall I.

Franz G. ist 34 Jahre alt, ledig, Schuhmacher.

1. Aufnahme den 28. VII. 1907.

G. wurde vom Nachtwächter nachts auf der Straße getroffen; er gab an, von schwarzen Männern verfolgt zu werden und suchte sich unter lautem Schreien mit dem Messer gegen sie zu verteidigen.

In die Klinik wird er vom Gendarm gebracht, sagt aus, er sei sehr ängstlich, habe allerhand gesehen.

Status som: Mittlerer Körperbau, mäßiger Ernährungszustand. Gesicht normal. Schädel nicht druckempfindlich. Pupillen, gleich, mittelweit. Conjunktiven stark injiziert. Fazialis o. B. Keine artikulatorische Sprachstörung. Beim Sprechen Vibrieren im Gesicht. Zunge leicht belegt, zittert

sehr stark. Rachen gerötet, Rachenreflexe lebhaft. Harter Gaumen, schmal. Tremor universalis. Mäßiges vasomotorisches Nachröten. Sensibilität und Motilität o. B. Reflexe der oberen Extremität: +. Patellarreflexe +. Achillessehnenreflex +. Cremastareflex lebhaft. Abdominalreflex +. Gang ist sicher, kein Rombergsches Phaenomen. Große Nervenstämme nicht druckempfindlich. Innere Organe o. B. Die Arterien sind rigide. Urin ist frei.

Gibt an, schon seit 4—5 Tagen sehr ängstlich zu sein, das käme vom Saufen; habe täglich 1½ Liter Schnaps getrunken. In der letzten Zeit habe er nichts mehr essen können, morgens habe er Brechwürgen. Seit vier Monaten könne er nachts nichts mehr schlafen, weil er Männer gesehen habe, die im Zimmer gekramt und demoliert hätten. Er habe auch Löwen und andere Tiere gesehen, die ihm etwas hätten tun wollen. Auch Stimmen habe er gehört, die sich über seine Arbeitsfähigkeit unterhielten. Jetzt solle ihm die Kehle abgeschnitten werden. Das hätten mehrere Frauen gesagt.

Habe früher Schanker gehabt, sei wegen Bettelns, Hausfriedensbruchs, Diebstahls bestraft.

29. 7. Ist noch ängstlich, glaubt sich von den andern Kranken bedroht. Starker Tremor universalis.

31. 7. Behauptet, seine Angehörigen hätten ihn besucht, einem Bruder habe er einen Arm und ein Bein abgedrückt. Später sieht er in einem kleinen Fenster den Teufel, wie ein Postillon, schwarz mit Hörnern! Daneben zwei weiße Gestalten, das seien Vater und Mutter, die er beim letzten Besuch getötet habe. Sie sagen ihm, er solle sie herausbeten, sonst hole sie der Teufel und ihn auch.

4. 8. Ist ruhig, macht klaren, geordneten Eindruck. Abends wird er ängstlich und aufgeregt, sieht den Teufel, Angehörige und andere Gestalten.

11. 8. Ruhig und geordnet, hilft bei der Arbeit.

18. 8. Wünscht entlassen zu werden. Sagt auf Befragen, er sehe keine Gestalten mehr, höre keine Stimmen mehr. Geheilt entlassen.

2. Aufnahme, den 17. 12. 07.

Seit seiner Entlassung auf Wanderschaft. Schnaps habe er bis 1½ l täglich getrunken, in der letzten Zeit aber weniger. Er habe oft Tiere gesehen, besonders einen weißen Löwen. Dauernd habe er Stimmen gehört, man wolle ihn totmachen, aufhängen. Einmal seien Männer gekommen, die sein Herz bloßgelegt hätten, daß das Blut lief.

23. 12. Ist im allgemeinen ruhig. Heute erzählte er, er habe einen Löwen gesehen, der neben ihm herlief.

6. 1. Heute erzählt er: In der Nacht vom 26./27. 7. 07 habe er nicht schlafen können; plötzlich seien zwei Mädchen und ein Mann in sein Zimmer gekommen. Der Mann tat so, als ob er ihn auf den Kopf schlagen wolle; er sei vor Angst ganz still gewesen. Die Gestalten blieben die ganze Nacht da. Am Morgen habe er sein Taschenmesser gezogen und geöffnet, da seien die Gestalten verschwunden. Am nächsten Tag ging er nach Kiel zu, da hörte er hinter einem Knick wieder Männer sprechen, bekam Angst, lief bis zum nächsten Dorf und bat dort den Gemeindevorsteher um Schutz. Durch diesen wurde er dann nach Kiel gebracht, wo er am 28. in der Nervenklinik aufgenommen wurde. Seitdem habe er keine ruhige Stunde mehr gehabt, überall würde er verfolgt, höre immer Männerstimmen, man sage ihm einen Mord nach. Auch jetzt höre er immer noch Leute, die von ihm verlangen, er solle seinen Fahneneid abschwören; sie wollten ihn haben, er solle den Teufel anbeten.

Er erzählt sehr verworren, kommt immer auf etwas Neues, malt die Einzelheiten sehr genau aus. — Er zeigt keinerlei Affekt.

In den nächsten Wochen keine wesentliche Änderung; er wiederholt die gemachten Angaben, hört Stimmen usw,

31 3. 08 ungeheilt nach Neustadt entlassen.

Fall II.

Paul J., 42 Jahre, Cementarbeiter. Aufnahme d. 1. 10. 07.

Vorgeschichte: Familienanamnese o. B. Hat bis ¾ l Schnaps täglich getrunken. Hat bisher in der Cementfabrik

Brunsbüttel gearbeitet, hat angeblich im dortigen Krankenhaus schon 5 Wochen „wegen desselben Leidens" gelegen. Wurde am 13. 9. im Armenhaus eingeliefert, weil er sich im nackten Zustand auf der Straße aufhielt. Hat sich vorher in der Stör ertränken wollen, weil man ihn verfolgt habe, da „er sich an zwei Mädchen vergangen haben" solle. Dies werde ihm immer vom Himmel aus oder von Stimmen zugerufen, so daß er Tag und Nacht keine Ruhe habe. Auch sieht er einen Haufen Dolchspitzen, welche ihm zusetzen. Wurde wegen seiner Neigung zu Selbstmord zur Psychiatrischen Klinik überführt

Bei der Aufnahme gibt er seine Personalien richtig an, sagt, er höre seit 4—5 Wochen Stimmen. Gewicht 53,3 kg. Größe 1,59 m. Temperatur 36,7 °.

Schädel auf Druck und Klopfen nicht empfindlich. Verschiebliche, nicht druckempfindliche Narbe rechts hinten am Hinterkopf. Kleine Narbe an der rechten Augenbraue. Graziler Körperbau, schwache Muskulatur, mäßiger Ernährungszustand.

Pupillen gleich, unter mittelweit, rund.

Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert, ist belegt. Uvula ist nach rechts, Gaumenbögen gleichmäßig gehoben.

Rachenreflexe sehr lebhaft. Kein Struma. Sprache ohne Störung; geringer Tremor manuum. Kein Quinquaud. Biceps — Triceps-Radiusperiostreflex +, nicht gesteigert. Mechanische Muskelerregbarkeit erhöht. Vasomotorisches Nachröten ist gesteigert.

Abdominalreflexe beiderseits +.

Cremasterreflexe beiderseits +.

Kniephänomen, Achillessehnenreflex } beiderseits sehr lebhaft.

Große Nervenstämme der oberen und unteren Extremität sind druckempfindlich.

Rechtes Fußgelenk ist geschwollen und schmerzhaft; Bewegungen sind eingeschränkt, wird beim Gehen geschont.

Romberg negativ.

Pinselberührungen werden prompt empfunden und lokalisiert. Knopf und Spitze gut unterschieden. Schmerz-

empfindung normal. Arterien rigide, Semperalis geschlängelt.

Innere Organe o. B.

Leber überragt den rechten Rippenbogen um einen Querfinger. Es besteht rechtsseitiger Leistenbruch. Urin ist frei.

Patient läßt sich willig untersuchen, ist zeitlich und örtlich orientiert. Hat als Kind Scharlach, Masern und Lungenentzündung gehabt. Angeblich wegen Schweißfüßen militärfrei. Narben an der Stirn stammen von Schlägereien her, die am Hinterkopf von einem Steinwurf.

Lues und Schanker werden negiert. Seit Oktober 1906 Schmerzen im rechten Sprunggelenk; entstanden nach Schlag gegen einen Stein. Deswegen im Krankenhaus Rendsburg und Brunsbüttel behandelt.

Im Krankenhaus fing er an, Stimmen zu hören. Es klang wie von einer Familie A., neben der er gewohnt habe. Man flüsterte Drohungen, ihn umzubringen. Nachts sah er Dolchspitzen. Fühlte sich sehr ängstlich, konnte nicht schlafen. Hatte mitunter starkes Herzklopfen. Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus war er wie verdreht im Kopf, war immer ängstlich, hörte Aufforderungen niederzuknien, seine letzte Stunde sei gekommen. Er wurde bebroht, weil er sich an zwei Mädchen vergangen habe; in Wirklichkeit habe er die eine nur auf die Schulter geklopft, die andere nie berührt. Die Stimmen und Drohungen kamen manchmal aus dem Busch, manchmal aus der Luft. Er wurde festgenommen und ins Armenhaus gebracht. In seiner Angst sei er in die Stör gesprungen, sei aber von selbst wieder herausgekommen. Im Armenhaus sei er sehr ängstlich gewesen, habe kein Essen herunterbringen können. Jetzt sei er nicht mehr so ängstlich, höre weniger Stimmen. Er zweifelt, ob die Stimmen wirklich sind, oder krankhaft. Es sei möglich, daß das vom Trinken komme.

2. 10. Ist heute ruhiger, Stimmen will er nicht gehört haben.

4. 10. Befindet sich wohl. Klagt über Schmerzen im Fußgelenk.

3. 10. Gibt an, nicht mehr ängstlich zu sein, behauptet aber, was er denke, werde ihm von anderen vorgeflüstert.

14. 10. Äußerlich ruhig, halluziniert aber noch. Wird ungeheilt wegen seines Fußleidens (Ostromyclitis) zur chirurgischen Klinik entlassen.

Fall III

Johann W., 52 Jahre alt, Schlachter.

Wird von Polizisten im Krankenwagen gebracht. Dieser sagt aus, daß der Kranke als Trinker bekannt sei und nur noch vorübergehend arbeite. Heute früh wurde er in Hemdsärmeln auf der Straße getroffen, wo er äußerte, er werde von zwei Personen verfolgt. Auf dem Wege hierher glaubte er sich auch verfolgt, verkroch sich, weil man ihn erschießen wolle.

Im Aufnahmezimmer ist er sehr ängstlich, sagt, draußen sei der Schlachter Z., der mit einem Messer, Revolver und Knüppel hinter ihm her sei. Man solle ihn ja nicht hereinlassen. Er höre ihn immer rufen: „Schießt doch den schwarzen Hund tot! Z. ist erst seit zwei Tagen sein Feind, bis dahin sei er mit ihm gut befreundet gewesen.

Vorgestern morgen hätten Z. und ein anderer Schlachter K. vier bis fünf Schweine, die sie offenbar gestohlen hätten, um 1/21 Uhr an seiner Wohnung vorbeigetrieben. Er sei durch den Lärm erwacht und habe herausgesehen, da habe ihm K. zugerufen, wenn er nicht wegginge, bekäme er einen vor den Kopf. Z. habe sich ähnlich geäußert. Aus Neugier sei er ihnen nachgegangen, dann sei er geflüchtet und habe einen Schutzmann zu Hilfe gerufen, der ihn nach Hause brachte. Den nächsten Tag sei er ängstlich gewesen, habe immer geglaubt, daß er verfolgt würde. Am Abend hörte er wieder die beiden vor der Tür stehen und drohen. Die Nacht verlief ruhig, weil er einen Schutzmann um Hilfe gebeten hatte. Am anderen Morgen drohten sie ihm wieder, sie hatten sich in der Straße, wo er wohnte, versteckt. Er rief: Karl, ich gebe dir drei Grogs, wir wollen uns wieder vertragen, jener aber rief: wir schlagen dich tot, wir stecken dir ein Messer in den Leib hinein. Er wandte sich um

Schutz an die Polizei, er selbst wolle, um Schutz zu erhalten, in ein Krankenhaus.

Auf die Frage, ob er sich krank fühle: ja, in den Nerven, er habe Reißen in den Gliedern, Taubsein in den Fingern und zuweilen Kopfschmerzen. Was er erzählt, sei keine Einbildung. — Z. sei hinter dem Krankenwagen hergelaufen, fortwährend schimpfend, jetzt treibe er sich hier herum, sei schon mindestens fünfmal von dem Pförtner herausgeworfen. Letzterer habe zu Z. gesagt, er solle fortgehen und kein Unheil anrichten. Jetzt sei Z. von der Polizei abgeführt worden; gesehen habe er es nicht. Augenblicklich höre er nicht mehr über sich sprechen, die Angst säße ihm aber noch in den Knochen.

Früher angeblich stets gesund, kein Delirium, habe einmal Grippe gehabt. Petus? Nur wenig Bier täglich, für 30 Pfg. Kümmel morgens, auch Grogs täglich. Er bestreitet, ein stadtbekannter Trinker zu sein, Sein Geschäft sei infolge der schlechten Zeiten heruntergekommen. Schon längere Zeit bestehe etwas Reißen in den Gliedern, und er habe auch Wadenkrämpfe. Im Kopf sei er nicht schwächer geworden. Schlaf und Appetit seien gut, früher häufig Schwindel, sei einfach umgefallen, in letzter Zeit angeblich nicht.

Syphilitische Infektion wird negiert; nur Tripper. Eine Schwester ist taubstumm. Kein Trauma capitis. Zwei gesunde Kinder. Pat. ist örtlich und zeitlich orientiert. Äußerlich ruhig und geordnet.

Status som: Größe 159,5 ha, Gewicht 73,5 kg. Temp. 37,3.

Guter Ernährungszustand, Nase stank gerötet, etwas Schweiß im Gesicht, allgemeiner Tremor, besonders der Zunge und Finger. Am rechten kleinen Finger fehlt das Endglied Rechte Pupille größer als die linke. Conjunktiven gerötet und geschwollen. Graublaue Trübung der linken Linse. Rechte Nasolabialfalte flacher als die linke. Zunge wird gerade herausgestreckt, ist frei von Bißwunden und Narben, Keine motorischen Störungen. Sensibilität normal. Geringe Druckempfindlichkeit der Muskulatur und der Nervenstämme. Romberg ist angedeutet.

Lungen emphysematös erweitert. Herz: I. Mitralton II. sonst nicht verändert. Radiales etwas, Temporales deutlich geschlängelt, ziemlich hartwandig. Puls von mittlerer Qualität, regelmäßig, 84 in der Minute.

Abdominalorgane nicht krankhaft verändert.

Urin: $^{1100}/_{1010}$, hellgelb, von saurer Reaktion, Albumen+. Esbach 1%. Im Sediment Harnsäurekrystalle.

16. 2. Gehört habe er nichts mehr, sei aber noch sehr ängstlich. Von der Wirklichkeit der Verfolgung ist er auch heute überzeugt.

17. 2. Pat. hat nicht mehr geträumt, behauptet, es sei ein Wahn gewesen, daß er habe getötet werden sollen. Auch die Schweineherde sei eine Wahnbildung gewesen. Er sei wohl durch Sorgen und geschäftliche Verluste aufgeregt geworden, an den Wahnvorstellungen sei wohl zum Teil Bier und Kümmel schuld.

25. 2. gebessert nach Hause entlassen.

Fall IV.

Pietro A. Aufgenommen den 1. 6. 05. Patient wird aus der chirurgischen Klinik gebracht. Er hat dort seit Monaten wegen komplizierten Beinbruchs gelegen. In den letzten Tagen soll er unruhig und verwirrt gewesen sein, in der Nacht habe er versucht, aus dem Fenster zu springen.

Bei der Aufnahme ist er ruhig, gibt seine Personalien an, sagt, er habe schon 6 Monate wegen Beinbruchs in der chirurgischen Klinik gelegen. Es sei dort nichts besonderes passiert, ängstlich oder erregt sei er nicht gewesen.

Kräftiger Körperbau, mittelstarke Muskulatur, mäßiger Ernährungszustand. Gesicht normal gerötet. Temp. 37,7.

Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Längsdurchmesser 18,5 cm, Querdurchmesser 15 cm, Umfang 56 cm.

Pupillen untermittelweit, gleichgroß, nicht ganz rund. Reagieren auf Convergenz und auf Lichteinfall.

Herausgestreckte Zunge weicht etwas nach rechts ab, zittert, ist belegt. Rachen ist gerötet, Gaumenbögen sind

gut gehoben. Rachenreflex +. Es besteht Tremor manuum. Quinquaud +. Reflexe der oberen Extremität sind lebhaft. — Patient wird aufgefordert, den Dynamometer zu drücken, weigert sich aber, lacht und sagt, das kenne er schon, er könne dann die Hand nicht mehr davonlassen. Sagt dann, er müsse erst etwas zu trinken haben, will dann aber kein Wasser, sagt, es müsse Wein oder Kognak sein. Scheint sehr ängstlich, zuckt bei jeder Bewegung des Arztes zusammen.

Das rechte Bein ist im Schienenverband.

Patellarreflexe +.

Achillessehnenreflexe +.

Cremaster- und Abdominalreflexe negativ. Es besteht vasomotorisches Nachröten.

Pinselberührungen werden prompt lokalisiert. Spitze und Knopf gut unterschieden, Schmerzempfindung normal.

Puls 108, regelmäßig. Arterien rigide. Urin E – Z—.

Früher sei er gesund gewesen. Sein Vater habe getrunken; er trinke auch, Bier und Cognak.

In der chirurgischen Klinik habe er aus dem Fenster springen wollen, weil er draußen die Leute aus seinem Dorfe habe reden hören. Hier hätten die Leute, die ihn gebracht, gesagt: „das ist der verfluchte Qu., er hat Lungenentzündung und Blinddarmentzündung, morgen wird ihm der Hals abgeschnitten."

2. 6. Verhält sich ruhig, macht einen müden, matten Eindruck.

3. 6. Scheint noch leicht benommen.

5. 6. Auf Befragen, ob noch gesprochen wird, lächelt er verlegen, sagt, er wisse nicht, was mit ihm ist. Weint.

27. 6. Fängt öfters an: „ich will wissen" hält dann inne. Es ist nichts Weiteres aus ihm herauszubekommen.

3. 7. Ist ruhiger, hält sich etwas außerhalb des Bettes auf, halluziniert anscheinend nicht mehr soviel. Stimmung ist im allgemeinen besser, doch noch leicht weinerlich.

9. 7. Befinden besser, beschäftigt sich zuweilen mit Briefschreiben.

12. 7. Wieder traurige Stimmung. Auf Betragen sagt er, er habe schwer geträumt von seiner Mutter, Frau, Geschwistern.

13. 7. Erhält einen Brief aus Italien, sieht denselben stundenlang wortlos an, dreht ihn in den Händen herum, ohne ihn zu öffnen. Als ihm derselbe geöffnet wird, stiert er lange hinein. Pat. macht sehr niedergeschlagenen, ratlosen Eindruck.

17. 7. Ist wieder besserer Stimmung, Steht auf.

18. 7. gebessert entlassen (zur chir. Klinik zurückverlegt).

Schwer zu beantworten bleibt immer die Frage, ob und inwieweit der Alkoholmißbrauch die Ursache einer Psychose ist. Sogar bei einem notorischen Trinker ist es nicht leicht zu entscheiden, ob eine bestehende Psychose eine eigentliche alkoholische ist, d. h. daß sie ohne Alkoholmißbrauch nicht entstanden wäre. In den beschriebenen Fällen bestand durchweg Alkoholabusus. Wenn auch der Alkohol nicht der ausschließliche Grund der Psychosen ist, so muß man ihn doch ohne Zweifel als Hilfsursache ansehen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. *Siemerling* für die Überlassung der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
Zichen: Leitfaden der Psychiatrie.
Meyer: Über akute und chronische Alkoholpsychosen. Archiv für Psychiatrie, Band 38.
Raeche: Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. Archiv für Psychiatrie, Band 39.
Bonhoeffer: Die akuten Krankheiten der Gewohnheitstrinker.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Otto Martin Schneider, bin geboren zu Wittenberg, Prov. Sachsen, den 10. 1. 1892.

Ich besuchte das Kgl. Wilhelms-Gymnasium zu Cassel, wo ich am 1. 2. 1910 die Reifeprüfung bestand.

Ich studierte auf der Kaiser Wilhelms-Akademie in Berlin, bestand dort im Sommer 1912 die ärztliche Vorprüfung und im Oktober 1916 das Staatsexamen. Seitdem bin ich Marine-Assistenzarzt.